

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

365

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Renée B. WECHSLER

(Née Lévy-Weissmann)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Ex-Interne de l'Hôpital Rothschild

Née le 10 juillet 1906 à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ÉCOULEMENTS SANGLANTS
PAR LE MAMELON

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Renée B. WECHSLER

(Née Lévy-Weissmann)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Ex-Interne de l'Hôpital Rothschild

Née le 10 Juillet 1906 à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES ÉCOULEMENTS SANGLANTS

PAR LE MAMELON

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie.
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIREParasitologie.

MM.

RETTERRER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	N... ..	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé...		Education physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR LÉVY-WEISSMANN

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MARCEL LÉVY-WEISSMANN

Interne des Hôpitaux

*Leur souvenir et leur exemple
m'ont toujours soutenue et guidée
au cours de mes études médicales.*

A MON MARI

A MA FILLE

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

*En témoignage de notre pro-
fonde reconnaissance pour tout
ce qu'il a fait pour nous.*

Hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES-CHARLES BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous inspirer
ce travail.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expres-
sion de notre profonde et respec-
tueuse affection et de notre grati-
tude pour tous les conseils qu'il
nous a, de tous temps, prodigués.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. ZADOC-KAHN

Médecin chef de l'Hôpital de Rothschild

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. ASTRUC

Médecin à la consultation de l'Hôpital de Rothschild

*En témoignage de ma pro-
fonde gratitude pour l'intérêt qu'il
nous a toujours porté.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages hospitaliers

1925. MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HARTMANN.

1926. MONSIEUR LE PROFESSEUR F. WIDAL (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMOND.

Externat des Hôpitaux

1927. MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO.

1928. MONSIEUR LE PROFESSEUR F. WIDAL (*in memoriam*).

1929. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HUTINEL (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE.

1930. MONSIEUR LE PROFESSEUR SEZARY.

Internat de l'Hôpital de Rothschild

1931. MONSIEUR LE DOCTEUR HERTZ.

1932. MONSIEUR LE DOCTEUR L. ZADOC-KAHN.

A MES AUTRES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRULÉ
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMME
Accoucheur des Hôpitaux

MESSIEURS LES DOCTEURS
ETIENNE MAY ET BOULIN
Médecins des Hôpitaux

MESSIEURS LES DOCTEURS
PICOT, SÈNÈQUE, AMELINE
Chirurgiens des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWAAB
Accoucheur de l'Hôpital de Rothschild

MESSIEURS LES DOCTEURS
BENDA, SYLVAIN BLONDIN, DELAFONTAINE,
J. DELARUE, P. CAHEN,
NICOLAS, TROLLER, WALTHER.

INTRODUCTION

L'écoulement sanglant par le mamelon constitue un symptôme que l'on peut observer au cours de lésions manifestes de la glande mammaire. Dans ces cas, il ne constitue qu'un épiphénomène dont la valeur n'est cependant pas à négliger puisque, plus que tout autre symptôme, il éveille l'attention des malades et leur inspire des craintes qui peuvent être salutaires si elles aboutissent à une sanction thérapeutique. Bien que ce symptôme soit amplement étudié et décrit, il nous a semblé qu'il n'était pas sans intérêt de reprendre brièvement l'histoire clinique des affections qui peuvent lui donner naissance.

Mais le point qui nous préoccupe est tout différent : il existe, en effet, un nombre important de malades chez lesquelles l'issue de liquide sanglant par le mamelon constitue l'unique histoire de la maladie. Ni l'examen clinique le plus poussé, ni les antécédents n'expliquent, dans ce cas, l'apparition de ce phénomène. Convient-il, dès lors de le considérer comme un symptôme isolé (Blutende Mamma

des auteurs allemands), ou doit-on, par des recherches précises, en trouver la cause dans des altérations histologiques des canaux galactophores ? Autrement dit, l'hémorragie est-elle purement congestive ou est-elle au contraire le signal d'une lésion histologiquement existante, mais cliniquement indécélable ? Telle est la question.

Elle présente un intérêt capital, puisque dans la deuxième éventualité, elle entraîne une sanction chirurgicale qui permet de mettre les malades à l'abri d'une évolution maligne de la lésion.

Ayant eu l'occasion, dans le cours de l'année, d'observer divers cas de ce genre, nous avons pensé qu'il était d'un grand intérêt de reprendre complètement la question en nous aidant de documents histologiques. M. le Professeur CUNÉO, à qui nous avons soumis les divers cas, nous a engagée à étudier ce problème à la fois clinique et thérapeutique. Qu'il nous soit permis, ici, de le remercier pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour l'appui dont il nous a honorée pour la préparation de cette thèse.

On a, de tous temps, étudié les écoulements sanguins par le mamelon. Mais ce n'est qu'en 1851 que NÉLATON et son élève RICHARD étudient pour la première fois les écoulements du mamelon dans leurs rapports avec les tumeurs du sein. LABBÉ et COYNE, dans leur ouvrage *Les tumeurs bénignes du sein*, décrivent des végétations papillaires intra-canal-

culaires capables de provoquer un écoulement sanglant du mamelon. Des lésions analogues sont décrites par CORNIL et RANVIER sous le nom de carcinome vilieux. PILLET leur donne le nom d'épithélioma dendritique intra-canaliculaire. Mais ces divers auteurs pensent que leur nature est bénigne.

VELPEAU, dans son traité des maladies du sein signale l'hémorragie mamelonnaire, surtout dans le squirrhe et l'encéphaloïde. Pour BOYER, BÉRARD et KIRMISSON, l'hémorragie du mamelon serait un symptôme de cancer.

Sans qu'il soit besoin de multiplier ces citations, on voit que les hémorragies par le mamelon ont été très diversement interprétées quant à leur étiologie et quant à leur pronostic.

Les auteurs étrangers et en particulier les auteurs allemands (MINTZ 1912) ont encore compliqué la question en confondant les hémorragies du mamelon dans une même entité clinique : « *Die blutende Mamma* » dans laquelle ils ont décrit des symptômes appartenant en réalité à des maladies du sein très différentes.

La « mamelle saignante » a été l'objet de toute une polémique soulevée entre les différents auteurs pour discuter de sa bénignité (PRIBRAM, 1926 et l'Ecole de Vienne) ou de sa malignité (KLOSE, 1922, Ecole de Francfort) polémique qui a pris une grande ampleur ces dernières années non seulement en Allemagne et en Autriche, mais encore en Italie, en Amérique, en Angleterre.

En France, la question semble avoir été mise au point par les remarquables travaux de LECÈNE qui voit dans les tumeurs végétantes intra-canaliculaires bénignes, la cause la plus fréquente mais non unique des hémorragies du mamelon, et qui a tracé les grandes lignes de la thérapeutique à établir en présence des divers cas possibles.

CHAPITRE I

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES HÉMORRAGIES DU MAMELON

Les hémorragies du mamelon peuvent se voir chez l'homme, mais c'est surtout chez la femme, à tout âge, qu'elles surviennent, influencées par les différents épisodes de sa vie génitale : la puberté, les règles, l'allaitement, la ménopause, la castration. Leur fréquence est surtout grande après la ménopause.

Elles peuvent se présenter en clinique sous des aspects fort différents.

Parfois, il s'agit de sang pur. Celui-ci est rarement abondant au point de constituer des hémorragies importantes (REVERDIN et MAYOR ont signalé un cas où la femme était obligée de porter un pansement). Presque toujours, il ne s'agit que de quelques gouttes qui apparaissent spontanément à l'orifice des canaux galactophores, et dont la malade ne s'aperçoit qu'à cause des taches qu'elles déterminent sur sa chemise. Cette hémorragie peut alors être reproduite par

la pression. Quand le sang a séjourné dans les canaux galactophores, il prend souvent une coloration noirâtre.

Dans d'autres cas, le sang est mélangé à d'autres sécrétions :

à de la sérosité, constituant ainsi un liquide plus ou moins rosé, plus ou moins fluide. Plus rarement, la coloration de ce mélange prend une teinte rousâtre.

à du lait, au cours, ou même en dehors de l'allaitement.

à du colostrum.

à du pus.

C'est dans ces cas, où le sang n'est pas pur, qu'il faut songer à rechercher les hémorragies de très faible abondance par l'examen microscopique de la sécrétion mammaire, qui montre la présence de globules rouges.

Ces diverses variétés d'hémorragie peuvent être continues ou intermittentes, les premières inquiétant presque toujours les malades, les secondes presque toujours mises sur le compte d'un traumatisme, et plus rarement présentées au médecin.

Le sein qui saigne peut être douloureux. L'existence de symptômes associés dépend évidemment de l'affection qui détermine l'hémorragie.

A l'examen d'une femme présentant un écoulement hémorragique par le mamelon, on trouve parfois des lésions importantes du sein : volumineuse

tumeur adhérente, avec modification d'aspect du mamelon et présence d'adénopathies. L'écoulement n'est alors qu'un symptôme accessoire.

Mais souvent, ce n'est qu'après un examen minutieux (palpation méthodique du sein qui découvre une petite tumeur sous-mamelonnaire, quelquefois difficile à percevoir chez les femmes grasses — existence d'une zone limitée où la pression fait sourdre du sang par le mamelon — palpation des creux sus-claviculaire et axillaire qui décèle de petits ganglions) que le diagnostic est orienté vers une lésion indiscutable de la glande mammaire.

Bien souvent enfin, l'examen reste absolument négatif et c'est alors que s'imposent des examens plus précis tels que l'examen microscopique de la sécrétion mammaire (qui met en évidence les hématies) et les diverses réactions chimiques caractéristiques de l'hémoglobine, ainsi que l'examen général de ces malades au point de vue des poumons, du cœur, du foie, du sang (maladies hémorragiques et surtout hémogénie), des glandes endocrines.

Toutes ces recherches ont pour but d'étayer le diagnostic étiologique des hémorragies du mamelon, que nous étudierons successivement :

— au cours d'affections évidentes du sein dont elles ne constituent qu'un épiphénomène.

— comme véritable « signal symptôme » dans des cas où l'examen clinique permet de retrouver une tumeur du sein ou des adénopathies.

— comme « unique symptôme » dans les cas où l'examen clinique le plus minutieux reste complètement négatif. Ces derniers cas posent un problème diagnostic et thérapeutique des plus difficiles et justifient, croyons-nous, notre modeste travail.

CHAPITRE II

L'HÉMORRAGIE DU MAMELON AU COURS DES LÉSIONS MANIFESTES DE LA GLANDE MAMMAIRE

L'hémorragie du mamelon peut survenir comme phénomène accessoire au cours d'affections du sein les plus diverses, en particulier :

Les cancers du sein, lorsque le néoplasme atteint les canaux galactophores.

La maladie de Paget et des travaux récents ont montré l'importance des hémorragies dans ces cas.

La maladie polykystique du sein.

1^o L'hémorragie du mamelon dans le cancer du sein.

L'apparition d'un écoulement sanglant du mamelon au cours des cancers est relativement peu fréquente.

Des chiffres très divers ont été donnés suivant les auteurs :

DELBET sur 228 cas de cancer note 20 cas accompagnés de sécrétion hémorragique, soit près de 9 % des cas de cancer.

KOPP signale sur 181 cas de cancers du sein, 20 cas de sécrétion hémorragique, soit 11 % des cas.

ERDHEIM sur 17 cas de cancer en signale 6 cas, soit 35 %.

GRONWALD en note 31 %.

Quelle est la signification et la valeur de l'apparition d'une hémorragie du mamelon ? Elle traduit l'atteinte des canaux galactophores, mais ne semble pas indiquer une aggravation des lésions. Les caractères de l'écoulement hémorragique ne sont en rien liés à la forme du cancer. Il n'apporte donc aucun élément supplémentaire pour le diagnostic, ni pour le traitement qui reste l'amputation large du sein avec curage ganglionnaire.

2^o L'hémorragie du mamelon dans la maladie de Paget du sein.

On sait que cette affection se voit surtout chez les femmes ayant dépassé la quarantaine et qu'elle se manifeste par :

— des lésions superficielles du mamelon, eczématoïdes ;

— des lésions profondes du sein, surtout marquées au niveau des galactophores.

Nous n'insisterons pas sur les lésions superficielles

presque toujours vues en premier lieu par le dermatologiste et qu'on pourrait confondre avec un eczéma à répétition, rebelle aux thérapeutiques ordinaires.

Les lésions profondes seules présentent un intérêt chirurgical. Classiquement, elles n'apparaîtraient que longtemps après le début des éléments cutanés. Pour LECÈNE, au contraire, dans la majorité des cas, la maladie de Paget, en même temps qu'elle s'étend en surface, s'étendrait en profondeur par l'intermédiaire des canaux galactophores, et se traduirait parfois alors par un écoulement de sang par le mamelon qui en serait un des premiers symptômes. Il en est ainsi dans une observation de KUTHE, relative à une femme de 42 ans, qui présentait une hémorragie du mamelon gauche depuis un an, en même temps qu'un eczéma récidivant, et chez qui l'examen clinique était négatif. Après intervention, l'examen histologique a montré l'existence d'un carcinome.

Ce n'est qu'à une période tardive qu'apparaissent dans la mamelle des noyaux cancéreux typiques avec envahissement des ganglions axillaires. On ne doit pas attendre de trouver ces symptômes pour prendre une décision. On doit, le plus tôt possible, traiter la maladie de Paget chirurgicalement par une amputation large du sein avec section des pectoraux et curage de l'aisselle.

L'examen histologique de la pièce opératoire montre alors la continuité des altérations cutanées et canaliculaires. Au niveau de la peau, on verra les caractéristiques cellules de Paget sous forme de cellules

intra-épidermiques ségrégées, séparées les unes des autres par des vacuoles. La basale de l'épiderme est intacte. Le derme sous-jacent est abondamment infiltré de plasmocytes.

Les galactophores montrent au niveau de leurs pores une altération de leur revêtement épithélial continuant rigoureusement celle de l'épiderme. Ces lésions peuvent s'étendre fort loin en profondeur, parfois même jusqu'aux acini glandulaires. L'infiltration plasmocytaire s'étend tout le long du galactophore. Aux stades plus avancés, quand le cancer est évident, on verra facilement les éléments cancéreux dispersés dans le stroma glandulaire, les basales étant rompues.

CHEATLE a en outre attiré l'attention sur un point qui nous intéresse particulièrement : c'est que les lésions de la maladie de Paget peuvent se rencontrer isolément le long des galactophores sans aucune altération épidermique. Ces cas se traduisent cliniquement par un écoulement hémorragique du mamelon, seul symptôme de ce cancer au début.

En conclusion, l'hémorragie par le mamelon dans la maladie de Paget, semble être un des premiers symptômes de la prolifération maligne au niveau des galactophores.

3° L'hémorragie du mamelon dans la maladie polykystique du sein.

Nous ne rappellerons pas les caractères de la forme typique de cette affection décrite pour la première fois par RECLUS et dont la symptomatologie ne comporte pas d'écoulement sanglant par le mamelon.

Ce symptôme a cependant été depuis quelques temps signalé par de nombreux auteurs. (LECÈNE, GRONWALD, KNOFLACH et URBAN, thèse de Marie FOURNIER).

Il peut apparaître à n'importe quelle période de la maladie, mais survient surtout aux périodes menstruelles. Sa signification est toutefois très discutée : son apparition traduit-elle une modification et une aggravation des lésions ou bien permet-elle seulement d'individualiser une forme clinique particulière ?

Nous rapportons ici une observation inédite que nous devons à l'obligeance du docteur H. R. OLIVIER :

Mme R., âgée de 38 ans, est examinée pour la première fois le 22 novembre 1932 à l'occasion d'un écoulement sanglant par le mamelon gauche. Cet écoulement était apparu un mois auparavant au moment des règles. L'examen de cette malade apporte peu de renseignements : il n'y a pas de tuméfaction au niveau du sein ; on note seulement quelques petites granulations superficielles

douloureuses et bilatérales. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire.

On pratique en janvier 1933 l'amputation du sein.

Compte-rendu de l'examen anatomo-pathologique (pratiqué à Royan) : Quand on sectionne la pièce en passant par le centre du mamelon, il s'écoule un liquide lactescent abondant. Ce liquide est contenu dans de petites cavités grosses comme des pois ou de petites noisettes. Au niveau du mamelon les canaux galactophores sont dilatés et turgescents, visibles à l'œil nu sur une longueur de deux à trois centimètres ; ils forment de petits cordons irréguliers d'un millimètre et demi à deux millimètres de diamètre ; on les suit facilement jusqu'aux cavités kystiques ; dans le tissu graisseux, on trouve des travées irrégulières dures, d'épaisseur variable.

A l'examen microscopique, on trouve une abondante hyperplasie myo-épithéliale englobée dans une masse constituée par des fibres musculaires lisses dessinant des faisceaux onduleux et anastomosés. Les conduits galactophores deviennent kystiques. On trouve dans leur lumière une substance granuleuse renfermant de grosses cellules de colostrum. Dans le tissu graisseux on ne trouve que des lésions glandulaires analogues à celles signalées plus haut.

Ces lésions correspondent aux descriptions qui ont été données de la maladie de Reclus, avec exagération de la rétention lactée et absence de cavités kystiques volumineuses.

Rien en effet dans cette observation ne permet de penser qu'il puisse s'agir d'une forme anormale de maladie kystique.

Signalons encore une observation de Kopp qui rapporte le cas d'une femme de 39 ans qui présentait

depuis six mois un écoulement périodique du sein gauche sans aucune lésion des seins ni des organes génitaux. A l'examen histologique après amputation on trouve des lésions polykystiques du sein.

L'examen histologique des formes typiques montre outre l'hyperplasie des éléments glandulaires et la distension kystique de certaines glandes, des végétations intra-canaliculaires des épithéliums de revêtement des canaux excréteurs, mais sans altération de la basale.

Ces lésions suffisent-elles à expliquer la possibilité des hémorragies, ou bien ces hémorragies sont-elles un témoin précoce de transformation maligne au niveau de lésions préexistantes ? Cette question est très discutée d'autant plus que des lésions polykystiques microscopiques et même macroscopiques s'observent souvent parallèlement à des lésions néoplasiques des plus nettes.

Dans les deux observations que nous avons rapportées, il est permis de se demander si, à des coupes multiples, on n'aurait pas trouvé des lésions de dégénérescence maligne très discrètes et passées inaperçues. Et en effet quelques cas de transformation maligne ont été signalés (SCHWIMMERBUSCH, SASSE, QUÉNU, GOSSET, MARION, DUCUING, KOPP, etc...)

Ces faits sont suffisants pour commander une surveillance clinique très attentive dans les cas où apparaît un écoulement du mamelon, afin d'être prêt à intervenir radicalement dès l'apparition de signes de malignité.

4° Les causes exceptionnelles d'hémorragie du mamelon.

Les écoulements sanglants du mamelon ont été exceptionnellement signalés dans des observations de tuberculose mammaire. Nous rappelons cependant une observation rapportée par Lecène où la tuberculose mammaire avait simulé une galactophorite accompagnée d'un écoulement roussâtre par le mamelon et d'adénopathies axillaires. L'examen histologique a montré l'existence de lésions tuberculeuses typiques.

On a également signalé la possibilité d'hémorragies du mamelon au cours de très nombreuses affections du sein (Angiome, galactocèle, adéno-fibrome, adénome kystique, adéno-sarcome).

CHAPITRE III

L'HÉMORRAGIE DU MAMELON « SIGNAL SYMPTÔME ».

Si parfois, l'hémorragie du mamelon est un symptôme très accessoire, dans bien des cas, au contraire, l'apparition d'un écoulement sanglant du mamelon attire l'attention du côté du sein, chez des malades qui jusque-là ne s'étaient pas inquiétées de symptômes parfois importants.

Tantôt, franchement hémorragique, tantôt très discret, séro-hémorragique, il effraie presque toujours les malades qui se décident à consulter. Nous verrons l'importance qu'il y a, dans bien des cas, à rechercher par l'interrogatoire les conditions d'apparition de cet écoulement et à en préciser la nature par un examen histologique.

Les observations d'hémorragie du mamelon que nous avons retrouvées dans la littérature et qui méritent le qualificatif de signal-symptôme, semblent se rapporter à des affections très diverses, surtout si on veut adopter la nomenclature allemande. Pour-

tant en se basant sur la classification française, on peut les faire entrer, soit dans une des affections décrites dans le chapitre précédent, soit dans une des deux affections que nous étudierons plus particulièrement dans ce chapitre et qui sont :

— l'épithélioma dendritique intra-canaliculaire.

— l'épithélioma atypique des canaux galactophores.

A. Epithélioma dendritique intra-canaliculaire.

LECÈNE a proposé de remplacer la classique dénomination d'épithélioma dendritique par celle de *tumeurs végétantes intra-canaliculaires bénignes*. En effet les lésions déterminées par cette affection consistent en tumeurs végétantes uniques ou multiples, mais entièrement développées à l'intérieur des canaux qu'elles dilatent en renflements ampullaires.

L'écoulement sanglant du mamelon est ici le symptôme majeur, souvent le premier en date. Cette affection survient le plus souvent chez la femme aux environs de la quarantaine, mais elle peut se voir à tous les âges et aussi chez l'homme. L'écoulement est généralement spontané et peu abondant, mais répété. La pression fait sourdre par le mamelon quelques gouttes de sang, ou de liquide rosé, mêlé de sérosité. On peut noter une petite ecchymose de la région mamelonnaire. L'examen est parfois entièrement négatif, l'écoulement pouvant précéder l'apparition de

la tumeur de quelques mois ou même de quelques années. (Voir obs. de Kopp page 20).

Si cette tumeur est déjà constituée, la palpation permet de la sentir sous l'aréole ou dans son voisinage immédiat : elle est unilatérale, bien limitée, son volume ne dépassant pas celui d'une cerise, sans adhérence à la peau ni aux plans profonds, donc d'apparence bénigne. La pression localisée à cette tumeur fait apparaître quelques gouttes de sang à l'orifice d'un ou plusieurs canaux galactophores. Le reste de la glande est normal. Les ganglions sont indemnes. Parfois on ne perçoit pas de véritable tumeur, mais une induration sous-mamelonnaire circonscrite.

L'évolution est très lente et s'échelonne sur des années. L'écoulement sanglant se reproduit d'une manière intermittente mais peut être le point de départ d'une légère infection canaliculaire. LECÈNE a même rapporté un cas d'abcès du sein consécutif.

Le caractère de bénignité est vérifié à l'*examen anatomo-pathologique*. Celui-ci montre *macroscopiquement* une tumeur kystique située sous le mamelon et formée en général de plusieurs kystes assez volumineux pouvant atteindre les dimensions d'une grosse cerise. Cette tumeur est encapsulée, par une zone de tissu conjonctif dense. Si l'on ouvre ces kystes on constate qu'ils sont formés par des galactophores dilatés et renferment un liquide sanguinolent. A leur face interne se rattachent, par un pédicule, des végétations très fines et de couleur rouge qui flottent dans le liquide du kyste.

L'examen microscopique montre les végétations dendritiques emplissant la lumière des canaux galactophores, dont les parois sont formées de tissu conjonctif dense, très pauvre en cellules. Ces végétations sont constituées par un axe conjonctivo-vasculaire aux capillaires très dilatés, recouverts d'après LECÈNE par un épithélium cylindrique à cellules très hautes.

Pour DELBET, au contraire cet épithélium ne serait pas partout identique : cylindrique par endroits, il serait cubique en d'autres et même on pourrait voir plusieurs couches de cellules. Ce polymorphisme, sans véritable anarchie cellulaire, aurait pour ce dernier une grosse importance. Il signale en outre l'existence possible de cellules épithéliales au milieu du tissu conjonctif qui forme l'axe des végétations. Il est évident qu'une telle conception de l'histologie de cette affection conduira à d'autres conclusions pratiques.

Malgré la bénignité apparente de ces lésions l'intervention est nécessaire, la cancérisation étant possible. La fréquence de cette cancérisation est très discutée. Elle serait rare pour LECÈNE qui l'aurait constatée 3 fois sur 21 cas. Pour DELBET la fréquence serait beaucoup plus grande.

Nous rappelons ici quelques observations qui témoignent de la possibilité de la cancérisation.

1^o OBSERVATION DE KOPP : relative à une femme de 57 ans qui présentait depuis onze ans un écoulement sanglant du mamelon. En l'absence de tumeur l'intervention

est d'abord différée. L'amputation du sein est pratiquée en juillet 1927 lors de l'apparition d'une tumeur, que l'examen histologique révèle comme étant un épithélioma dendritique dégénéré.

Cette observation est intéressante à double titre : d'abord parce que l'apparition de la tumeur est tardive, ensuite parce qu'il s'agit d'une transformation maligne de végétations intra-canaliculaires primitivement bénignes.

2^o OBSERVATION DE MARTIN, relative à un homme de 57 ans qui présentait depuis un an et demi une petite tuméfaction du sein gauche accompagnée d'une sécrétion noirâtre par le mamelon. L'examen histologique de la tumeur après extirpation a montré l'existence de lésions papillomateuses intra-canaliculaires avec dégénérescence carcinomateuse.

3^o Enfin LEJARS signale une observation où le seul signe de cancérisation a été l'apparition d'un ganglion axillaire chez une femme de 33 ans, ce qui montre l'importance de la recherche des ganglions axillaires et le fait que la cancérisation peut se voir chez des femmes jeunes.

Nous avons cité ici quelques observations caractéristiques, nous nous contenterons d'indiquer les autres dans la bibliographie.

Voici enfin une observation inédite que nous devons à l'obligeance des docteurs H. R. OLIVIER et P. CAHEN :

M^{me} X., âgée de 55 ans, en 1920, sept ans après un

accouchement, voit survenir par le mamelon gauche l'écoulement intermittent d'un liquide ressemblant à du colostrum. En 1923, l'écoulement devenu plus épais, est légèrement teinté en rose. Son abondance augmente au moment des règles. En 1927, la ménopause s'installe. A ce moment le liquide issu du mamelon devient franchement sanglant. Il apparaît spontanément et à la pression. La palpation du sein est douloureuse, mais on ne trouve pas de tumeur à des examens répétés. Au mois d'août 1932, la malade s'aperçoit par hasard de l'apparition d'une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette, dans le quadrant supéro-interne du sein gauche. Par contre, à ce moment, l'écoulement disparaît. La tuméfaction d'abord minuscule grossit rapidement et inquiète la malade qui va consulter en février 1933.

L'examen à cette date a donné les renseignements suivants :

A l'inspection les deux seins paraissent identiques. La palpation permet de percevoir une petite masse mal limitée située dans le quadrant supéro-interne du sein gauche. Cette masse est de la grosseur d'une mandarine ; elle n'est pas adhérente aux plans profonds, mais la peau se laisse mal plisser à sa surface ; il existe un léger signe de la peau d'orange.

La palpation ne permet pas de provoquer un écoulement sanglant. Il existe deux ou trois petits ganglions à la partie supéro-interne du creux axillaire.

Compte rendu opératoire de l'intervention pratiquée le 24 février (Dr CAHEN) : Incision interne partant du sillon delto-pectoral et passant en dedans de la tumeur. Section du grand pectoral (sauf du chef claviculaire), du petit pectoral ; ligature des vaisseaux et des nerfs pectoraux. On récline en masse les muscles et le sein ; on cure le creux de l'aisselle de ses ganglions ; on désinsère les

pectoraux de leurs attaches thoraciques. Ablation de l'ensemble de la masse réclinée par une inscision branchée sur la précédente. Drain dans l'aisselle ; réunion aux crins.

L'examen histologique (1) a porté sur plusieurs fragments de la glande mammaire (voir fig. 1 et 2) :

1° *Les coupes des fragments prélevés profondément* réalisent l'image d'un épithélioma mammaire. On ne voit plus d'acinis normaux. Les formations épithéliomateuses sont de types divers :

a) Certaines d'entre elles sont constituées par des cavités arrondies ou ovalaires plus ou moins volumineuses. Celles-ci sont bordées par des cellules tumorales disposées sur plusieurs assises concentriques le long de leur paroi conjonctive ou réalisant par leur disposition sur des axes vasculo-conjonctifs grêles, l'aspect d'un épithélioma papillaire végétant. Dans les deux cas les cellules épithéliales sont pourvues de nombreuses monstruosité nucléaires et de mitoses, typiques ou atypiques. La lumière de ces tubes cancéreux très réduite en certains points est occupée presque toujours par des amas de cellules néoplasiques nécrosées ou par du sang.

b) Cet épithélium mammaire, à côté de cette image histologique ou végétante intra-canaliculaire, réalise un autre type histologique :

Des îlots cellulaires très petits, réduits sur la coupe à quelques éléments très chromophiles sont disséminés dans le tissu conjonctif de la glande. Ce sont des îlots cellulaires pleins, pour la plupart. Ce n'est qu'au centre du plus volumineux d'entre eux que s'ébauche la formation d'une minuscule cavité, traduisant dans cet épithélioma atypique,

(1) L'Examen histologique a été pratiqué par le Dr J. DELARUE que nous remercions pour le très grand service qu'il nous a rendu.

le pouvoir sécrétant, discrètement figuré des cellules cancéreuses.

c). L'étude du stroma de cette tumeur montre qu'il présente des aspects variables suivant les points. Autour des formations typiques, cavitaires, végétantes, existe une réaction importante caractérisée par une prolifération fibreuse intense, par une sclérose collagène dense au sein de laquelle sont disposés çà et là, quelques amas de cellules inflammatoires lymphoïdes ou plasmatiques. Ailleurs, le tissu conjonctivo-adipeux de la glande mammaire est dépourvu de toute réaction du type inflammatoire. Les éléments cancéreux atypiques, disposés en îlots disséminés progressent et s'étendent en nappe au sein du tissu adipeux sans y déterminer la moindre métastase inflammatoire régressive. Une ou deux veines observées dans cette zone ont leur lumière occupée par des cellules néoplasiques.

2° *Des coupes sagittales* intéressant tout le mamelon et le tissu mammaire immédiatement sous-jacent, montrent des canaux galactophores de structure normale, mais entourés d'un tissu conjonctif particulièrement riche, collagène. En une seule zone seulement se voient deux ou trois formations cancéreuses typiques.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue :

1° L'écoulement mamelonnaire a précédé de 12 ans l'apparition de la tumeur ; mais sa nature hémorragique n'est devenue évidente qu'au bout de trois ans. Peut-être un examen microscopique au début aurait-il révélé plus tôt cette nature.

2° Lorsque la tumeur est apparue, l'écoulement sanglant s'était tari. Nous avons retrouvé ce phénomène dans plusieurs observations (Kopp) ; il semble

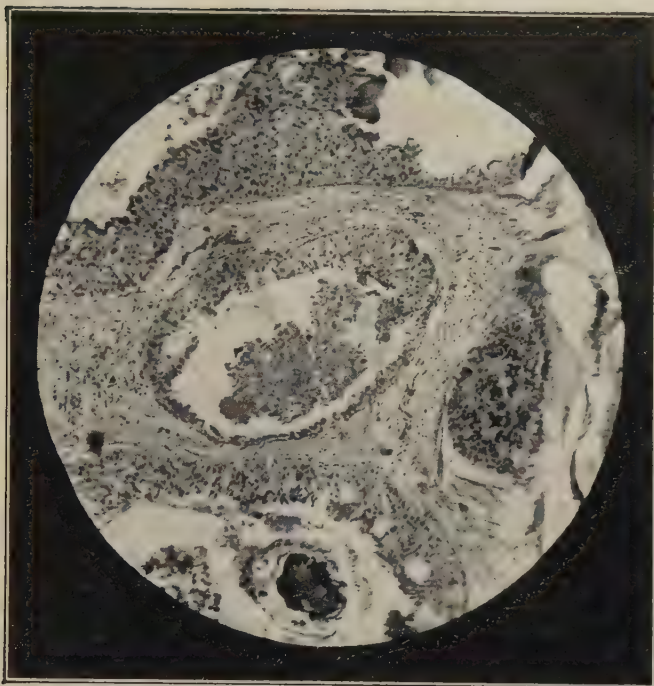


FIG. 1. — Zone d'épithélioma végétant intra-canaliculaire.

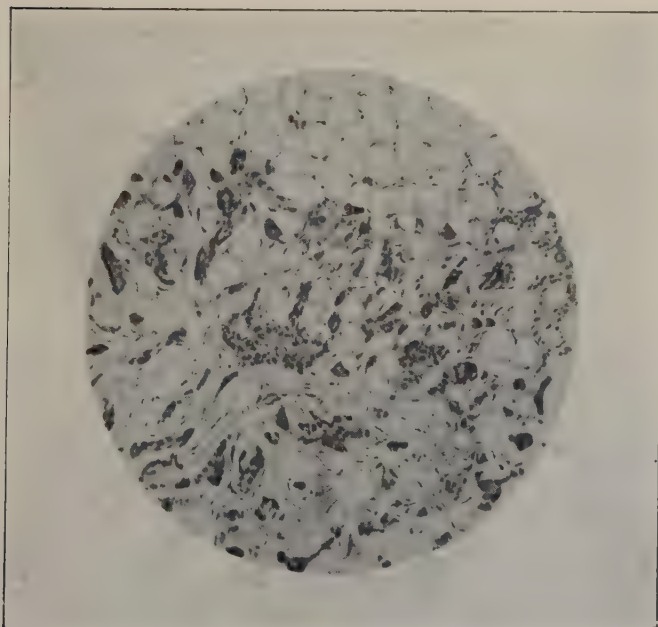


FIG. 2. — Zone d'épithélioma atypique. Envahissement direct du tissu adipeux.

indiquer un blocage des canaux galactophores par la tumeur et dans ce cas, ne serait pas un élément de bon pronostic.

3° La tumeur, une fois apparue, s'est développée avec une extrême rapidité (BÉGOVIN a insisté sur un cas de ce genre). De la grosseur d'une noisette au mois d'août 1932, elle avait atteint la taille d'une mandarine en février 1933, c'est-à-dire en l'espace de six mois.

4° La tumeur s'accompagnait d'une adénopathie axillaire, témoin d'une certaine malignité.

5° L'examen histologique semble prouver, en accord avec la clinique, que cette tumeur maligne s'est développée aux dépens de lésions restées longtemps bénignes, et qui alors ne s'étaient manifestées que par un écoulement sanglant.

On conçoit que la possibilité de l'évolution maligne des végétations bénignes intra-canaliculaires soit à l'origine de nombreuses discussions au sujet du traitement dont elles sont justiciables. Si tout le monde est d'accord pour intervenir chirurgicalement, certains pensent que, seule, l'amputation élargie du sein avec curage ganglionnaire mette les malades à l'abri d'une fâcheuse évolution future. Si cette conduite semble justifiée chez les femmes âgées, d'autres auteurs, avec LECÈNE et GALTIER, pensent qu'une intervention moins mutilante, sans curage ganglionnaire suffit, surtout chez les femmes jeunes, en présence d'une tumeur bien limitée et non accompagnée d'adéno-

pathies. Ils conseillent une incision radiée, tirée à partir du pore mamelonnaire qui saigne, ou bien une incision arciforme sous-mammaire : on découvre le canal galactophore dilaté ; on le suit jusqu'à la tumeur qui est enlevée en passant au large.

Quels sont les résultats éloignés de cette intervention ? Sur six malades opérées par LECÈNÈ, une était guérie depuis quinze ans, une autre depuis douze ans et quatre depuis trois ans. D'excellents résultats ont été publiés également par d'autres auteurs (ORBACH, KLOSE, etc...). Toutefois, après ces interventions limitées, s'impose une surveillance clinique très attentive.

B) Cancer des canaux galactophores.

Si l'hémorragie du mamelon peut être le signe prémonitoire de l'affection dite épithélioma dendritique, elle peut aussi, rarement, il est vrai, être le premier symptôme d'un cancer des canaux galactophores. Cette éventualité suffit à assombrir le pronostic des hémorragies mamelonnaires.

Ce cancer peut succéder à une lésion bénigne des canaux galactophores dont il dérive par transformation maligne. En effet, nous avons vu, que si l'hémorragie du mamelon a été signalée par certains auteurs comme symptôme de la maladie polykystique, pour d'autres elle doit donner l'éveil et faire redouter la cancérisation. Quant aux tumeurs végétantes intra-

canaliculaires bénignes, elles peuvent aussi se cancériser, bien que ce fait soit peu fréquent pour LECÈNE.

L'examen histologique devra toujours être pratiqué sur des coupes multiples pour rechercher l'effondrement de la basale d'un canal galactophore et l'existence de cellules atypiques.

Mais le cancer des canaux galactophores peut s'installer d'emblée : c'est l'*épithélioma végétant diffus des canaux galactophores* (1). Le premier signe clinique en est l'hémorragie du mamelon. L'apparition rapide d'une tumeur mal limitée ou de ganglions axillaires commande l'intervention élargie.

A l'examen histologique, on trouve des végétations exubérantes de nature épithéliale dans tous les canaux avec effondrement de la basale de leurs parois qui sont parfois entourées d'une infiltration plasmocytaire marquée.

Il n'existe, pour LECÈNE, que des différences de degré entre ces lésions et les lésions profondes observées dans la maladie de Paget que nous avons étudiée plus haut.

En résumé, l'hémorragie signal-symptôme révèle, dans la majorité des cas un épithélioma dendritique, parfois aussi une tumeur maligne méconnue.

Comment établir la distinction cliniquement ? Il n'existe pas de règle permettant de la faire.

On pensera à une lésion maligne en présence d'une

(1) Voir l'observation de MONDOR et MOULONGUET, dans la thèse de DUPUY.

tumeur ayant atteint ou dépassé le volume d'une noix et qui s'est accrue rapidement, et on l'affirmera s'il y a une adénopathie perceptible.

En faveur de l'évolution bénigne plaident : les petites dimensions de la tumeur, l'absence d'adénopathies, surtout s'il s'agit d'une femme jeune.

Mais si, dans des cas bien tranchés, le diagnostic de bénignité peut se poser en clinique et ne demander qu'une confirmation à l'examen histologique, on conçoit les difficultés qui peuvent découler des cas moins typiques, cas qui sont l'origine des nombreuses descriptions et interprétations qui en ont été faites tant en France qu'à l'étranger.

Ces difficultés peuvent disparaître au moment de l'intervention, mais bien souvent, pièce en main, le chirurgien ne peut trancher le diagnostic. C'est alors que l'examen histologique prend toute sa valeur. Il permettra dans les cas, où contrairement à la clinique, il affirme le cancer, de compléter une exérèse insuffisante.

CHAPITRE IV

L'HÉMORRAGIE DU MAMELON

« UNIQUE SYMPTÔME »

Dans nombre d'observations, l'hémorragie du mamelon resté l'unique symptôme observé malgré un examen des plus minutieux. Ce sont des cas auxquels certains auteurs ont réservé le terme de « mamelle sanglante ». Effectivement, ils représentent un groupe de faits négligé par les classiques et qui pourtant mérite une étude détaillée. Il est évident que le diagnostic étiologique de ces cas sera excessivement difficile ; partant, la conduite à tenir en leur présence est-elle très discutée.

Une malade vient consulter pour une hémorragie du mamelon uni ou bilatérale survenue depuis plus ou moins longtemps. A l'examen, aucune modification du sein qui saigne : ni rougeur, ni circulation collatérale, ni rétraction du mamelon, pas davantage d'inégalité dans la consistance de la glande. La recherche des adénopathies reste négative. Enfin même, la transillumination du sein n'apporte aucun renseignement. A quoi est due l'hémorragie ?

Parfois les conditions d'apparition de cette hémorragie facilitent le problème.

Il en est ainsi quand elle survient à la suite d'un traumatisme important. Citons à cet effet une observation de KLOSE relative à une jeune fille de 17 ans qui, à la suite d'un traumatisme de la région thoracique, avait présenté une sécrétion sanglante du mamelon apparue 14 jours après, et qui n'avait pas réapparu depuis cinq mois.

Toutefois, il faut savoir que, bien souvent, un traumatisme est invoqué par les malades à l'origine de leur hémorragie (TADDEI). Il faudra donc ne tenir compte que des cas évidents où l'hémorragie succède immédiatement au traumatisme d'autant plus qu'un traumatisme léger peut attirer l'attention vers un symptôme jusque-là méconnu.

Chez la femme encore réglée, on peut, si l'hémorragie survient en même temps que les règles ou à leur place, se demander s'il ne s'agit pas d'une hémorragie supplémentaire ou d'une hémorragie vicariante. Ces diagnostics classiquement ne soulèveraient aucune discussion, mais nous avons vu que dans les cas typiques de maladie de Reclus ou d'épithélioma dendritique, c'est souvent au moment des règles et aux alentours de la ménopause que surviennent les hémorragies. A la lumière de ces données, on pourrait se demander si certains cas considérés comme hémorragies vicariantes ne peuvent pas être en réalité dus à

des lésions histologiques du sein, impossibles à reconnaître cliniquement.

Cette discussion se pose encore dans des cas où l'on pourrait soulever l'hypothèse d'une cause endocrinienne en présence d'une hémorragie du mamelon survenue chez une femme présentant divers troubles pluriglandulaires : — les uns de nature ovarienne (hypoplasie génitale, aménorrhée) — les autres du domaine de diverses glandes vasculaires sanguines et parmi lesquels prédomineraient les éléments du syndrome hypophysaire (syndrome adiposo-génital, acromégalie légère, diabète hypophysaire).

Le nombre des observations publiées sur ce dernier groupe de faits n'est pas assez important pour qu'on puisse tirer une conclusion ferme, et nous croyons que même dans les cas où un tel diagnostic paraît le plus solidement établi, une surveillance chirurgicale s'impose. On a, en effet, le droit d'admettre que les hémorragies du mamelon de cause endocrinienne se produisent avec plus de facilité à la faveur d'une lésion microscopique d'un galactophore.

Parfois aussi, l'examen de la sécrétion pourra apporter quelques renseignements. Ce sang est-il pur ou mêlé de sérosités ? Notons que pour DELBET, la présence de globules rouges intacts indiquerait l'existence d'une tumeur papillaire de faibles dimensions. L'examen microscopique de la sécrétion pourra encore montrer l'existence de cellules cancéreuses.

Dans d'autres cas, l'âge de la malade, son état géné-

ral peuvent influencer vers un diagnostic de présomption, mais il ne s'agit là que d'impressions sur lesquelles il semble bien difficile d'établir une ligne de conduite. Que faut-il faire ?

L'abstention systématique serait dangereuse puisque nous avons vu que l'hémorragie peut précéder de plusieurs mois l'apparition d'une tumeur parfois maligne.

Quant à l'amputation systématique, outre qu'elle serait difficilement acceptée par les malades, il est permis de se demander si on a le droit de mutiler un sein qui apparaît normal à l'examen clinique et qui, à l'examen histologique pourrait ne montrer que des lésions bénignes.

A l'aide de quelques observations, relevées dans la littérature, que nous allons résumer et qui nous ont paru particulièrement intéressantes, et d'une observation inédite, nous allons essayer de dégager qu'elle semble être, à notre avis la conduite la plus prudente.

Observations d'hémorragies du mamelon « unique symptôme »,

OBSERVATION N° 1 (KOPP)

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui depuis six mois présentait un *écoulement périodique* du sein gauche. A l'examen, aucune lésion des seins ni des organes génitaux.

L'amputation du sein a néanmoins été pratiquée. L'examen microscopique de la pièce opératoire montra une *dégénérescence polykystique du sein*.

C'est là un des rares cas de maladie polykystique du sein, décelée par l'examen histologique.

L'observation suivante nous montrera que ces lésions peuvent exister en même temps que des lésions plus précises des galactophores.

OBSERVATION N° 2. (BLANC)

Il s'agit d'une malade qui présentait depuis quelques mois un écoulement du mamelon, d'abord séreux, puis séro-sanguin, augmentant progressivement d'intensité, et devenu depuis quelques semaines franchement sanguin. L'examen minutieux n'a décelé aucune tumeur.

Intervention : amputation du sein.

Examen histologique : pas de tumeur à proprement parler, mais quelques kystes minuscules à contenu séro-hématique, comme dans la maladie de Reclus. La lésion principale, commandant l'écoulement sanguin du mamelon, est une petite dilatation d'un canal. Dans cette cavité, pas de tumeur papillomateuse, mais sur un point de la paroi, un granité microscopique formant un certain relief de couleur rougeâtre. C'était là, certainement, l'ébauche d'un papillome futur.

Il s'agissait donc ici d'une observation d'hémorragie du mamelon, où l'examen histologique montrait des lésions papillomateuses au début, associées à des lésions kystiques, du type de la maladie de Reclus. La très faible étendue des lésions papillomateuses, qui d'après l'observation, paraissent minimales, montre l'intérêt qu'il y a à pratiquer de nombreuses coupes,

car à un examen moins poussé, les lésions auraient pu passer inaperçues.

On ne peut donc affirmer, par l'examen histologique l'existence d'une maladie polykystique pure, sans avoir auparavant examiné des coupes multiples.

OBSERVATION N° 3 (HENDRICK)

Femme de 41 ans, bien constituée, chez laquelle la ménopause est survenue à l'âge de 34 ans. A l'âge de 24 ans, elle avait souffert d'une affection du petit bassin, depuis lors complètement guérie. C'est là, le seul antécédent pathologique que l'on retrouve dans son passé. Les règles avaient toujours été régulières. Une grossesse avait été normale.

A la fin de juillet 1929 (2 ans avant la publication de l'auteur), elle remarque l'écoulement de quelques gouttes de sang issues du mamelon gauche et que l'on pouvait faire sourdre par la pression. Cet écoulement se reproduisait tous les jours. Huit semaines plus tard, son médecin l'adressait à la clinique chirurgicale en vue d'une intervention et c'est à ce moment qu'elle fut examinée par l'auteur.

L'inspection du sein ne montrait rien de particulier : la glande mammaire du côté gauche était peut-être un peu plus dure que du côté droit, mais il n'existait pas de tumeur ; la pression faisait sourdre du mamelon gauche quelques gouttes d'un liquide brun vert. Pas d'adénopathie.

Intervention : la glande mammaire du côté gauche fut enlevée en bloc et des coupes pratiquées en vue d'un examen à l'Institut Pathologique.

Examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire : l'examen macroscopique montre un canal galactophore rempli de liquide brunâtre ;

Histologiquement, pas de sang dans le système lacunaire.

Le sein ayant été examiné en entier, macro et microscopiquement, l'auteur affirme l'absence de toute tumeur (kyste ou papillome), et explique le sang répandu dans les alvéoles par une diapédèse des capillaires environnants. Le sang se serait décomposé dans le sein et en serait ressorti sous forme d'un écoulement brunâtre. Les canaux étaient dilatés sur une grande surfacé.

Un des canaux avait ses replis augmentés et un *épithélium plus haut que la normale*. Il existait également un certain degré d'hyperhémie d'une partie du sein.

L'auteur fait remarquer que l'affection gynécologique retrouvée dans les antécédents de cette femme aménorrhéique à 34 ans a peut-être joué un rôle dans l'apparition des hémorragies. Il explique l'apparente dureté du sein par l'accumulation du sang à l'intérieur des alvéoles, stagnation qui serait également responsable de la dilatation des canaux.

Il écarte enfin en s'appuyant sur l'examen histologique (Pr. RICKERS) l'idée d'une altération pathologique de la glande mammaire.

Si nous insistons sur cette observation et sur les conclusions de HENDRIK, c'est que c'est l'unique observation que nous ayons retrouvée dans la littérature où l'auteur affirme l'absence de toute atteinte histologique de la glande dans un cas d'hémorragie du mamelon.

Cependant en relisant attentivement l'observation, nous remarquons que l'auteur signale « qu'un des canaux a des replis augmentés et un épithélium plus haut que la normale ». Ne s'agirait-il pas là, associées

à la dilatation des canaux galactophores, de lésions très discrètes d'un épithélioma dendritique au début, que seules les coupes multiples ont permis de révéler ?

OBSERVATION N° 4 (KUTHE)

Il s'agit d'une femme de 47 ans, non mariée, qui présentait depuis un an une sécrétion sanglante du mamelon droit. Elle n'avait constaté ni tumeur, ni aucune autre modification du sein. A l'examen, la pression faisait sourdre un liquide sanglant, foncé. La palpation dénotait une certaine dureté de la région péri-mamelonnaire. Pas d'adénopathie.

L'induration constatée décida l'auteur à pratiquer l'amputation du sein, car il suspectait une tumeur maligne. L'examen de la pièce montra à la coupe une infiltration de la glande avec prolifération cellulaire et kyste atteignant la grosseur d'un noyau de cerise avec contenu verdâtre et graisseux.

A l'examen microscopique, image typique de fibro-adenome intra-canaliculaire avec par places, existence de canaux dilatés et de kystes présentant des proliférations épithéliales. L'épithélium glandulaire est cylindrique ; les cellules sont plus hautes que normalement ; par endroits, on note des formations papillomateuses.

Pas de cellules atypiques. On ne trouve aucune mitose anormale. Le plasma de l'épithélium glandulaire est plus clair que dans les lumières glandulaires normales. Les ganglions sont indemnes histologiquement.

L'auteur conclut à une « mastopathie chronique » qui doit être surveillée comme les états pathologiques précancéreux.

Remarquons que le compte-rendu histologique correspond à la description habituelle de l'épithélioma dendritique. Notons également la pauvreté des symptômes de l'examen clinique qui ne montrait pas de tumeur, mais une légère induration.

OBSERVATION N° 5 (KUTHE)

Malade âgée de 45 ans, mariée, qui présentait depuis quelques mois un écoulement sanglant continu du mamelon droit. A l'examen, la pression légère faisait sourdre une sécrétion sanglante du mamelon. On ne sentait aucune tumeur, ni la moindre résistance au niveau du mamelon. Pas d'adénopathie axillaire.

Intervention : Ablation de la glande mammaire du côté droit.

Examen histologique : on trouve partout l'image typique d'un fibro-adénome intra-canaliculaire, avec structure irrégulière des lobules de la glande ; les canaux glandulaires sont entourés d'un épais et riche réseau de tissu conjonctif. Les canaux excréteurs et la cavité glandulaire sont remplis de sang. Aucun signe de dégénérescence maligne.

Il s'agit donc ici d'un *épithélioma dendritique*.

OBSERVATION N° 6 (ORBACH)

Jeune fille de 16 ans qui vient consulter pour un écoulement ininterrompu du mamelon gauche, ayant débuté quatre semaines auparavant. Ce saignement, très abondant par moments, avait présenté pendant plusieurs heures les caractères d'une véritable hémorragie.

A l'examen, c'est une jeune fille bien constituée. Ses seins sont exagérément développés et ptosés, mais paraissent identiques. Du sang s'écoule goutte à goutte du mamelon gauche par un orifice de la grosseur d'une tête d'épingle. Cet écoulement ne se tarit pas par la compression du sein. Le reste de la glande est indemne.

Intervention : Incision ovale à la base du sein ; ablation de la glande. Guérison.

Examen histologique : néo-formation diffuse du tissu conjonctif ; lésions papillomateuses intra-canaliculaires.

Donc *épithélioma dendritique*.

OBSERVATION N° 7 (KRAUSS)

Femme de 23 ans, enceinte à terme et présentant un bassin rétréci. A l'examen pratiqué au moment du travail, on constata au niveau des deux seins, l'existence d'un écoulement de lait teinté de sang. L'observation attentive des seins permit de constater, qu'alors que le lait faisait issue de la partie inférieure, le sang venait de la partie supérieure du mamelon.

Après une intervention césarienne, l'écoulement se tarit ; mais grâce au siège constaté de l'écoulement sanglant, on fit un examen microscopique six jours après la césarienne, d'un fragment prélevé à la partie supérieure du mamelon (région saignante) et sur un fragment prélevé en dehors de cette région.

Examen anatomo-pathologique (Institut Erlanger).

Le premier fragment (région saignante) donne déjà à l'examen macroscopique l'aspect d'une tumeur avec couche limitante lisse. A l'examen histologique, image d'un cystofibrome en évolution, c'est-à-dire d'un fibrome avec des saillies épineuses dans la lumière des canaux glandulaires ;

lésions analogues à celles que nous décrivons dans l'*épithélioma dendritique*.

Dans le deuxième fragment, on remarque également une prolifération du tissu conjonctif, mais ayant la forme d'une large enveloppe entourant les acini glandulaires. Entre les faisceaux du tissu conjonctif, on trouve du tissu adipeux.

Cette observation nous a paru très instructive. En tenant compte du fait que la structure du sein était normalement modifiée par la lactation, alors qu'il n'existait que peu de lésions dans le deuxième fragment, dans le premier fragment se trouvaient des lésions importantes d'épithélioma dendritique, que l'examen clinique n'avait pu déceler. Le fait que la pression du mamelon ne faisait sourdre du sang uniquement que de la partie supérieure du mamelon, donnait une première indication pour le siège de la biopsie, et c'est l'examen histologique qui a permis de faire le diagnostic étiologique de l'écoulement.

OBSERVATION N° 8 (RIÑALDO MICOTTI)

Il s'agit d'une femme de 34 ans, mariée qui entre à l'hôpital le 3 octobre 1930. Depuis 4 mois, elle présente un écoulement sanglant du mamelon gauche, intermittent et ne s'accompagnant pas de douleur. Il se reproduit tous les 7 à 8 jours pour durer 4 à 5 jours. Cet écoulement paraît n'avoir aucune relation avec les épisodes de la vie génitale. Il suffit d'une légère pression sur la glande mammaire pour faire sourdre du mamelon cette sécrétion, qui habituellement se produit spontanément. Pas de douleur, ni de tumé-

faction ; la malade se rappelle toutefois avoir souffert d'un léger choc au sein gauche quelque temps auparavant.

A l'examen, le sein droit est tout à fait normal. Le sein gauche paraît normal ; le mamelon n'est ni rétracté, ni déformé ; la pression fait sourdre une sécrétion rouge foncé inodore. Aucune adénopathie ; l'examen de l'appareil génital est négatif.

Intervention le 20 octobre : amputation du sein.

Examen anatomo-pathologique.

Macroscopiquement, on voit des plages de tissu plus ou moins foncé, divisées par du tissu graisseux plus ou moins abondant, et présentant des stries ou des points rouge foncé et des petites cavités de la grandeur d'un grain de mil. A distance de la peau, cavité anfractueuse avec bourgeonnements papillomateux.

Au microscope, on voit, par endroits des canaux galactophores dilatés, et dans quelques-uns de ceux-ci des proliférations papilliformes obstruant plus ou moins la lumière des canaux. Ces proliférations sont formées par un axe conjonctif, contenant des capillaires et revêtu de cellules épithéliales simples ou stratifiées. Le contenu des canaux est formé d'une substance granuleuse colorable par l'éosine plus quelques érythrocytes plus ou moins bien conservés.

Notons ici qu'un traumatisme a été invoqué par la malade à l'origine de l'écoulement sanglant.

Citons enfin les observations de TADDEI qui sont à rapprocher des précédentes.

Quant aux deux observations que nous allons résumer maintenant, elles nous ont paru particulièrement intéressantes à rappeler à cause des discussions thérapeutiques qu'elles soulèvent.

OBSERVATION N° 9 (LAROYENNE, BOUGET ET ROUSSET)

M^{me} A., 30 ans, mariée, entre le 29 mars 1932 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour des écoulements sanglants intermittents par le mamelon droit, apparus pour le première fois six semaines auparavant, et dont elle fit la découverte en constatant un matin une tache de sang sur sa chemise de nuit. Elle n'a eu qu'une grossesse et a été soignée antérieurement pour une métrite.

A l'examen, le sein est d'apparence normale ; le mamelon droit est absolument comparable au mamelon gauche, non rétracté. On ne trouve pas le signe classique de la peau d'orange. La palpation montre que le sein est de consistance normale ; cependant, en dedans du mamelon et près de lui, il existe un lobule parfaitement indolore et mobile, mais paraissant un peu plus résistant que le reste de la glande.

Il n'y a pas d'adénopathie axillaire ou sus-claviculaire. La pression sur le mamelon ou sur le lobule signalé ci-dessus fait sourdre un peu de sérosité rougeâtre ou noirâtre, ou simplement rosée. Les pressions répétées n'amènent plus rien.

Diagnostic clinique : épithélioma dendritique intra-canaliculaire.

Intervention le 29 mars : sous anesthésie générale à l'éther, amputation simple du sein, facile, avec nettoyage de l'aisselle. Hémostase facile, pas de drain. Suites opératoires normales.

Examen de la pièce : rien qui puisse attirer l'attention sur un point néoplasique de la glande. On fait de très nombreux prélèvements pour l'examen histologique.

Examen histologique : Toutes les coupes faites dans la glande montrent des images absolument normales. Il en est de même de celles faites dans le mamelon.

Par contre, immédiatement en dessous de celui-ci on

trouve sur les coupes des dilatations assez importantes des canaux galactophores, dilatations que l'on peut facilement retrouver à l'œil nu. Elles se présentent dans ces conditions, ou à la loupe, comme des zones régulières, de forme ovale, à contours bien limités, qui ont généralement 1 à 2 millimètres de long sur 1/2 à 1 millimètre de large et dans lesquelles, même à l'œil nu, on retrouve l'aspect irrégulier de la lumière, que les faibles grossissements montrent comme le résultat du développement dans la lumière de petites végétations épithéliales.

L'examen microscopique des coupes montre, à côté de canaux galactophores parfaitement normaux, d'autres canaux très dilatés. Ils sont revêtus par un épithélium formé de grandes cellules cubiques, à protoplasme très éosinophile, à noyaux déjetés vers la base, qui reposent sur une basale d'origine conjonctive partout bien apparente. Ce revêtement n'est pas régulier, mais se soulève par places pour former de petites végétations intra-canaliculaires de volume variable. Toutes ont la même disposition. Elles sont formées par un axe conjonctivo-vasculaire sur lequel s'implantent les cellules décrites ci-dessus. Nulle part, il n'y a plus d'une rangée de cellules.

On trouve tous les termes de passage entre les canaux kystiques ci-dessus et les canaux normaux. A côté de ceux-ci, on en voit d'autres qui sont seulement dilatés, et dont l'épithélium est formé de cellules cylindriques très hautes ; puis d'autres, dans lesquels cet épithélium commence à se plisser et à se soulever pour former des ébauches de végétations intra-canaliculaires ou même de véritables végétations, avec déjà, un axe conjonctivo-vasculaire. La lumière de certains est même remplie par un magma amorphe dans lequel on retrouve pourtant par place des éléments du sang. Il s'agit probablement dans ces cas d'hémorragies consécutives à des ruptures capillaires.

Au voisinage de toutes ces formations, les acinis glan-

dulaires que l'on rencontre encore, sont normaux. Nulle part sur les coupes que nous avons examinées, nous n'avons trouvé trace de malignité. Jamais l'épithélium n'est pluristratifié, jamais la basale n'est rompue. On ne trouve pas de mitoses abondantes ou anormales. Il n'y a pas de cellules en pycnose dans le magma amorphe que l'on rencontre par place dans la lumière des canaux.

Notons qu'en un point, on voit un canal galactophore normal très dilaté, revêtu d'un épithélium pavimenteux à peine reconnaissable dont la lumière est remplie par la même substance amorphe déjà signalée. Il existe dans l'épithélium de revêtement un petit foyer hémorragique où les globules sont encore parfaitement reconnaissables et dans lequel on trouve des polynucléaires éosinophiles. Ce petit foyer hémorragique soulève et distend l'épithélium de revêtement.

Nous avons également examiné un ganglion enlevé pendant le curage axillaire. Les coupes montrent des images normales.

OBSERVATION N° 10 (GRIMOUD ET DE BRUX)

Femme de 52 ans qui présente pour la première fois en 1921 un petit écoulement mammaire. Ne souffrant pas, elle ne prête aucune attention à ce symptôme jusqu'au jour où quelques douleurs se manifestent. Ces dernières sont lancinantes, assez vives, localisées au sein droit avec irradiations brachiales.

Durant le mois qui précède son admission au Centre anti-cancéreux de Toulouse, la malade constate également que sa chemise est fréquemment tachée d'une auréole rosée, en regard du mamelon droit. Sur les conseils de son médecin, elle vient le 2 octobre 1921 à la consultation du Centre où l'on trouve les symptômes suivants :

A l'inspection, pas de modification appréciable du sein, pas de tumeur, pas de circulation collatérale ; l'examen à jour frisant permet, tout au plus, de constater une rétraction légère du mamelon droit par rapport à l'autre côté.

A la palpation soigneuse de la glande, on ne trouve pas de tumeur ; on a peut-être l'impression que la zone sous-aréolaire est un peu moins souple que du côté opposé. La pression du sein fait sourdre une sérosité citrine : l'examen extemporané sur lame de la sérosité montre qu'elle contient quelques rares hématies.

Rien du côté des ganglions.

Diagnostic posé (Pr. Ducuing) : Cancer latent.

Intervention : le 7 octobre, amputation du sein sous anesthésie locale.

Examen anatomo-pathologique. — L'incision du sein selon un grand diamètre montre une petite masse rosée, bourgeonnante de la taille d'une grosse framboise, siégeant sous le mamelon, en pleine zone galactophore.

Examen histologique : (Dr BASSAL). — Épithélioma végétant formé de tubes pseudo-glandulaires, de cordons plus volumineux, creusés de cavités glanduliformes et de végétations formées par un axe conjonctif tapissé par une ou plusieurs couches de cellules, tantôt hautes, tantôt basses. Le stroma est formé de tissu conjonctif tantôt fibrillaire, lâche, œdémateux en certains points, tantôt plus dense et d'aspect hyalin.

En présence de ce résultat et malgré l'absence complète d'adénopathie cliniquement appréciable, l'opération de Halstedt est pratiquée dans la semaine qui suit.

Suites opératoires favorables.

Ici donc, chez cette malade âgée de 52 ans, qui présentait un écoulement par le mamelon, révélé

sanglant par l'examen microscopique, l'examen histologique après amputation de la glande mammaire a permis, en l'absence de signes de malignité à l'examen clinique et d'adénopathies de faire un diagnostic de lésions malignes. L'opération de HALSTEDT a pu être pratiquée dans un deuxième temps.

Il est probable qu'on est intervenu tout au début de la transformation maligne de lésions restées bénignes pendant près de dix ans.

Nous rapportons enfin l'observation inédite d'une malade suivie par notre maître le Dr. J. Ch. BLOCH, dans le service du Pr. CUNÉO. Nous avons eu l'occasion d'examiner cette malade nous-même avant l'intervention.

OBSERVATION N° 11 (inédite)

M^{me} Th., 55 ans manutentionnaire.

En 1930, quelques mois après sa ménopause, survenue soudainement à l'âge de 52 ans, elle remarque l'écoulement par le mamelon droit de quelques gouttes de sang qui tachent sa chemise. Cet écoulement se produit spontanément, presque tous les jours, en dehors de tout traumatisme, mais peut également être reproduit par la pression. Le liquide qui s'écoule ainsi est tantôt sanguinolent, tantôt noirâtre. Le mamelon aurait présenté une coloration plus foncée que normalement.

Inquiétée par cet écoulement, la malade consulte dans le service du Pr. CUNÉO à l'Hôtel-Dieu, où elle est hospitalisée du 23-2-31 au 8-3-31. L'examen fait à cette époque, ne montre rien de particulier : le sein est normal à l'ins-

pection et à la palpation. Pas de ganglion axillaire. On n'a pas pu examiner l'écoulement, celui-ci s'étant subitement tari.

Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade a été suivie régulièrement par le Dr J. Ch. BLOCH : l'écoulement ne s'est jamais reproduit ; il n'y a eu aucune modification dans son état. Nous la voyons le 9-1-33, c'est-à-dire plus de deux ans après le début de son écoulement.

A l'inspection les seins sont absolument identiques. Ni rougeur, ni augmentation de volume du sein droit. Le mamelon est normal, non rétracté.

A la palpation, le sein ne présente ni tumeur, ni induration. Pas la moindre adénopathie des creux axillaire et sus-claviculaire.

A l'examen complet de la malade, on ne note aucun symptôme ni hépatique, ni cardiaque, ni rénal. Toutefois, le corps thyroïde est augmenté de volume ; l'aspect de la malade est à noter, avec son facies légèrement acromégalique (saillie du menton et des rebords orbitaires, front bas), ses extrémités hypertrophiées, son système pileux excessif, tous signes du syndrome hypophysaire.

Aucun diagnostic clinique ne peut être posé ; toutefois, on pense à la possibilité d'un épithélioma dendritique.

Intervention le 2 mars 1933. (Dr J. CH. BLOCH) :

Incision péri-aréolaire. Dissection de la base du mamelon. Résection cunéiforme de toute la masse mammaire sous-jacente à l'aréole, sur une profondeur de cinq centimètres environ, pratiquement jusqu'à la partie profonde de la glande. Capitonage de la portion glandulaire restante. Reposition du mamelon. Suture de l'aréole.

Examen histologique (Dr DELARUE) :

L'examen histologique des fragments prélevés montre un certain nombre d'altérations qui peuvent se résumer de la manière suivante (voir fig. 3 et 4) :

Le stroma conjonctif de la glande est riche en tissu collagène au point que les plages de tissu adipeux sont rares et circonscrites par d'épais trousseaux fibreux. Les acinis glandulaires, groupés normalement en certains points, présentent presque partout des modifications structurales importantes. Ce sont des altérations adénomateuses. Celles-ci présentent elles-mêmes divers types. Certaines cavités glandulaires présentent une dilatation kystique, sans que le revêtement épithélial soit modifié dans son aspect propre. D'autres, au contraire, sont profondément modifiés. Tous les acinis d'un même groupe, ou quelques-uns seulement au sein d'un même groupe, sont dilatés de façon importante. Les cellules du revêtement épithélial sont volumineuses, tuméfiées ; leur réaction tinctoriale est franchement acidophile. Elles prolifèrent dans la lumière du tube glandulaire, et forment en certains points deux ou plusieurs assises superposées. En certains points même, s'ébauche la formation d'un axe conjonctivo-vasculaire qui, partant de la tunique conjonctive de l'acinus, réalise l'aspect rudimentaire de végétations intra-tubulaires.

Les éléments glandulaires, ainsi profondément modifiés ont leur lumière remplie en beaucoup de points par une substance amorphe, rose pâle, au sein de laquelle se voient quelques hématies. La même substance remplit la plupart des canaux galactophores. Ceux-ci sont de structure normale. En une région de l'une des coupes pratiquées, où ils apparaissent particulièrement nombreux, ce qui indique le voisinage du mamelon, ils sont le centre d'une réaction inflammatoire circonscrite figurée par un infiltrat lympho-plasmocytaire discret.

Il s'agit en somme d'un adénome kystique diffus et végétant avec exsudation dans les tubes. A surveiller cliniquement.

Dans cette observation, plusieurs points sont à retenir :

1^o L'hémorragie est survenue après l'installation de la ménopause, fait que nous avons pu remarquer dans nombre d'observations.

2^o L'examen clinique montrait l'existence de troubles endocriniens, ce qui aurait pu égarer le diagnostic étiologique vers une cause endocrinienne de l'écoulement hémorragique.

3^o La malade a été suivie pendant deux ans, sans qu'on ait observé la moindre modification dans son état.

4^o L'incision sous-aréolaire a permis de découvrir facilement les lésions et de les extirper.

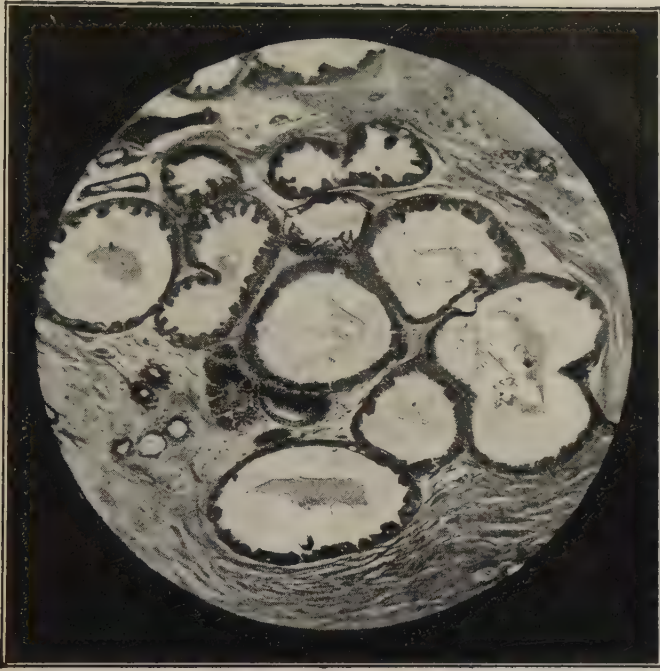


FIG. 3. — Adénome végétant intra-canaliculaire.

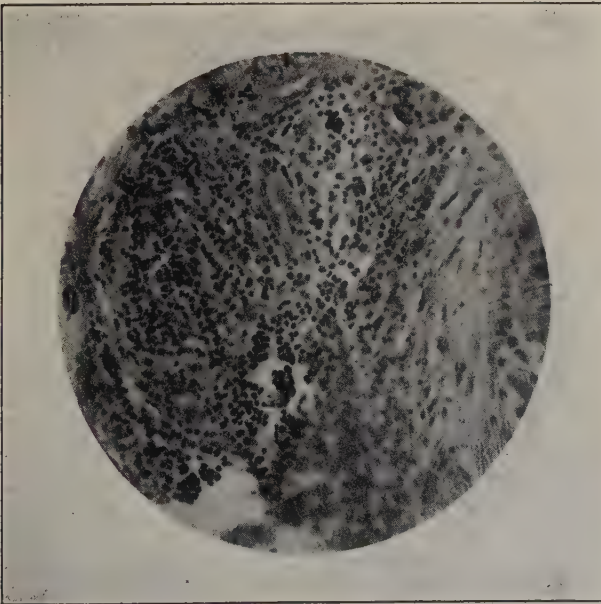


FIG. 4. — Lésions inflammatoires subaiguës au voisinage des canaux galactophores.

DISCUSSION

Un fait découle de la lecture des diverses observations c'est que *même lorsqu'une hémorragie du mamelon n'est accompagnée ni de tumeur, ni d'adénopathies, l'intervention montre qu'il existe des lésions histologiques de la glande pour l'expliquer.*

L'observation de Hendriock qui semble au premier abord infirmer ce fait, montre cependant des lésions histologiques discrètes. Dans les cas dits d'hémorragie vicariante ou d'origine endocrinienne l'examen histologique n'ayant pas été pratiqué, rien ne prouve qu'il n'existait pas de lésions microscopiques. Quelques cas d'évolution maligne tardive, le cas que nous avons rapporté (obs. 11, p. 45) prouvent au contraire que des lésions microscopiques peuvent exister.

Les cas d'hémorragie sans tumeur, semblent être en réalité des cas d'hémorragie du mamelon observées avant l'apparition de la tumeur. Les lésions histologiques semblent bien être, dans la majorité des cas, des lésions de végétations intra-canaliculaires bénignes au début. D'autre part nous avons vu que l'hémorragie peut précéder de plusieurs mois,

même de plusieurs années (10 ou 15 ans) l'apparition clinique de la tumeur. Donc en présence d'une hémorragie du mamelon, c'est tout d'abord à l'épithélioma dendritique qu'il faut penser ; les cas de maladie polykystique du sein ou de végétations intra-canaliculaires malignes, étant extrêmement rares.

Tout comme l'épithélioma dendritique manifesté par une tumeur, l'épithélioma dendritique microscopique peut subir une transformation maligne. Et cette transformation peut se faire très précocement, avant même qu'aucune tumeur ne soit devenue perceptible (voir thèse FOURNIER).

Quelles sont les grandes lignes de la thérapeutique à appliquer dans les cas d'hémorragie unique symptôme ?

Nous rejetons complètement l'abstention parce que les cas d'hémorragie liés à des causes générales ou endocriniennes semblent des plus discutables, et qu'il s'agit pratiquement toujours d'une lésion des canaux galactophores. La possibilité de transformation maligne précoce, le fait qu'il existe, bien qu'ils soient rares, des cas de cancer primitif des canaux galactophores, représentent des éventualités trop graves pour qu'on se permette d'attendre l'apparition d'une tumeur avant de poser les indications opératoires. Alors que, pendant des années, l'état d'une malade qui n'a rien présenté d'autre qu'une hémorragie mamelonnaire peut rester parfait, nous avons vu que lorsqu'une aggravation se produit, elle peut-être

tellement rapide qu'il devient difficile, même par une intervention très large (voir p. 23), d'arrêter l'évolution des lésions, leur propagation lymphatique et la formation de métastases.

Faut-il se résoudre d'emblée à l'amputation classique, comme l'ont proposé certains auteurs (KLOSE) ? Elle met évidemment à l'abri de toute aggravation ultérieure, et, après une telle intervention, tout danger est écarté de façon absolue et définitive. Mais cette intervention semble disproportionnée avec le peu d'importance des lésions microscopiques (voir obs. 9, p. 41) qui semblent bien n'être que le premier stade des lésions bénignes intra-canaliculaires.

L'amputation paraît donc une méthode vraiment héroïque, qui, si elle peut être proposée à une femme âgée, sera très souvent, et à juste titre, refusée par une femme jeune. D'autre part, pourquoi, dans des cas où la nature maligne des lésions est aussi douteuse, agir différemment que lorsqu'il s'agit d'un adénome ? Tout le monde est d'accord, en présence d'un adénome qui ne présente aucun signe d'évolution maligne, pour en faire l'exérèse limitée et pratiquer ensuite l'examen histologique. Il ne faut pas agir autrement dans une affection telle que la mamelle saignante, et la seule considération qui pourrait modifier la ligne de conduite réside dans l'incertitude où l'on se trouve de découvrir le siège des lésions. Ce que nous avons constaté dans notre observation infirme cette manière de voir, puisque la résection cunéiforme a permis de les découvrir facilement.

La biopsie extemporanée, dans des cas aussi douteux, n'est d'aucun secours, de telle sorte que l'on ne peut se baser que sur *l'examen histologique* de la pièce opératoire.

Ou bien, on découvre des lésions bénignes, et nous pensons qu'on doit s'en tenir à la résection cunéiforme chez la femme jeune : on aura pratiqué cette résection, soit par une incision arciforme sous-mammaire, comme le conseille LECÈNE dans l'épithélioma dendritique, soit mieux par une incision péri-aréolaire qui donne un jour suffisant et permet d'obtenir une cicatrice presque invisible. Dans toutes les observations citées, les lésions quand elles n'étaient pas visibles à l'œil nu, étaient localisées dans la zone sous-mamelonnaire, là où convergent tous les galactophores. En pratiquant une résection assez importante de cette zone sous-mamelonnaire, on a donc toutes les chances d'enlever en totalité les lésions.

Ou bien, on découvre des lésions malignes, ou douteuses, et l'on pratique l'intervention élargie dans un deuxième temps.

Chez la femme âgée, ou si l'écoulement est déjà ancien, la prudence dicte de pratiquer d'emblée l'amputation du sein.

CONCLUSIONS

1^o L'écoulement sanglant par le mamelon peut survenir au cours de la plupart des affections du sein, soit comme épiphénomène, soit comme signal-symptôme. La thérapeutique à lui opposer est de toute évidence, commandée par la lésion causale, tumeur bénigne ou maligne de la glande mammaire.

2^o La cause la plus fréquente est l'épithélioma dendritique intra-canaliculaire.

3^o L'écoulement sanglant par le mamelon peut survenir comme symptôme isolé cliniquement (Blutende Mamma des auteurs allemands). L'expérience montre qu'il existe pratiquement toujours des lésions histologiques des canaux galactophores pour expliquer l'hémorragie.

4^o Ces lésions peuvent être bénignes, mais susceptibles de cancérisation, ou franchement malignes.

5^o L'abstention chirurgicale est dangereuse, mais

l'intervention élargie est excessive dans nombre de cas.

6^o L'intervention peut être, suivant les cas, la résection cunéiforme sous-mamelonnaire (par incision arciforme sous-mammaire ou mieux par incision péri-aréolaire) chez les femmes jeunes, et l'amputation de sûreté chez les femmes âgées.

7^o Si l'examen histologique de la pièce opératoire montre des lésions malignes ou douteuses, l'intervention élargie s'impose dans un deuxième temps.

Vu : _____

Le Président de la thèse,

B. CUNÉO

Vu : _____

Le Doyen,

BALTHAZARD

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ADAIR. — Ecoulements sanglants par le mamelon et leurs relations avec le cancer du sein. *Annals of Surgery*, Février 1930, p. 197-209.
- ANTONIELLI. — La « Blutende Mamma » et les tumeurs du sein. *Minerva Medica*, Turin 1926, p. 1090-1096.
- Sur un cas de mamelle sanglante bilatérale. *Bolletino e Memoria d. Societa Piemontese di Chirurgia*, 1932, p. 358-366.
- BAUMGARTNER. — Les maladies de la mamelle. *Nouveau Traité de chirurgie*, Paris, 1913.
- BAUDET. — Epithélioma dendritique du sein. *Toulouse Médical*, 1903.
- P. BEGOUIN. — Écoulement de sang par le mamelon et cancer. *Journal de Médecine de Bordeaux*, Janvier 1923.
- BIBERSTEIN. — Tabes et écoulement mammaire. *Klinische Wochenschrift*, 1922, p. 68.
- BLANC. — Traitement de la mamelle saignante. *La Loire Médicale*, Janvier 1928, p. 1.
- BLOODGOOD. — Maladie de Paget du sein. *Archivs of Surgery*, 1924, p. 461.
- Changements survenus dans le tableau clinique des lésions du sein. *The American Journal of medical sciences*, Janvier 1930, p. 27-49.
- BONOMO. — Sur la mamelle sanglante. *Rass. Internaz. di Clinica e Terapia*, Naples 1930, p. 717-733.
- BORCHARDT. — Comment faut-il traiter et comprendre la mamelle saignante ? *Therapie der Gegenwart*, Berlin 1929, p. 542-547.

- BUCKLE. — Hémorragie de la glande mammaire. *American Journal Medical Association*, 1909, p. 2006.
- BUNGART. — A propos de la mamelle sanglante. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1930, p. 1742.
- CABANE. — Epithélioma du sein au début et écoulement sanglant. *Bulletin médical de l'Algérie*, 1908.
- CESTAN. — Epithélioma dendritique du sein. *Toulouse Médical*, 1920.
- CHAMAILLARD. — Contribution à l'étude des écoulements séro-hématiques par le mamelon. *Thèse Montpellier*, 1912.
- CHARLES. — De la conduite à tenir dans le cas d'écoulement de sang par le mamelon. *Thèse Bordeaux*, 1929.
- CHAUVEL et RFNAUD. — Cancer du sein à marche rapide ayant la structure d'un épithélioma à végétations dendritiques chez une jeune fille. *Comptes rendus de la Société d'Anatomie Pathologique*. Mai 1921, p. 295.
- CHEATLE. — La maladie de Paget. *British Journal of Surgery*, t. XIII, janvier 1926.
- CHIPAYLT. — Un cas d'hémorragie hystérique du sein. *Presse Médicale*, 1896.
- CIMORINI. — Sur la valeur symptomatique et pronostique de l'écoulement hémorragique du sein. *Tumori*, Rome 1915, p. 693-700..
- CORNIL et PERAIRE. — Epithélioma canaliculaire du sein. *Bulletin Société Anatomique de Paris*, 1908, T. LXXI.
- CORNIL et PETIT. — Épithélioma canaliculaire de la mamelle. *Bulletin Société anatomique*, 1905.
- DELBET. — Cancer dendritique du sein. *Presse Médicale*, 1922, p. 8.
- DELBET et HERRENSCHMIDT. — Note sur un cas de cancer hémophile. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1923, p. 164.
- DELBET et MENDARO. — Les cancers du sein. Masson, Paris, 1927.
- DEMIRDJIAN. — Contribution à l'étude de la valeur sémiologique des écoulements sanguins par le mamelon. *Thèse Paris*, 1908.
- DOBKEVITCH. — La maladie de Paget. *Thèse Paris*, 1926.
- DOGLIOTTI. — Contribution à l'étude des papillomes endo-

- canaliculaires du sein chez la femme et chez l'homme. *Archives italiennes de Chirurgie*. Décembre 1925.
- DUCUING. — Statistique personnelle de 106 cas de cancer du sein traités par la Chirurgie seule. *Journal de Chirurgie*, juin 1928, p. 814-826.
- DUPLAY et ROCHARD. — Diagnostic des maladies du sein.
- R. A. DUPUY. — Les écoulements du sang par le mamelon. *Thèse Paris*, 1932.
- ERDHEIM. — Sur la mamelle sanglante. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1924.
- Sur la signification clinique et les bases pathologiques des écoulements sanglants de la mamelle. *Archiv für klinische Chirurgie*, Berlin, 11-3-26, P. 366-412.
- Comment convient-il d'opérer les affections de la mamelle qui s'accompagnent d'une affection pathologique du même nom. *Zentralblatt für Chirurgie*, Janvier 1927, p. 131-134.
- ESCOBAR. — A propos d'un cas d'hémorragie par le mamelon. *Les progreses de la Clinica*, Madrid, sept. 1930.
- FISCHER. — Mamelle saignante. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1918, p. 225.
- FORSTNER et KUTTNER. — Tabes et écoulement mammaire. *Brünns Beitrage zur klinischen Chirurgie*, 1909, p. 245.
- MARIE FOURNIER. — Écoulement sanglant par le mamelon et cancer. *Thèse Toulouse*, 1931.
- FRANCO. — Les tumeurs du sein chez l'homme. *Clinica chirurgica*, 1911, p. 2305.
- GRIMOUD et DE BRUX. — Les hémorragies microscopiques des mamelles saignantes, *Toulouse Médical*, 15 février 1932.
- GRONWALD. — Contribution à l'étude de la mamelle saignante. *Brünns Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, 15 oct. 1928, p. 336-385.
- GRYNFELDT. — Étude histologique d'un épithélioma intra-canaiculaire hémorragique du sein. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, juillet 1928, p. 428-452.
- HAHN. — La maladie kystique du sein et ses stades initiaux chez les femmes jeunes. Genève.
- HALBER. — Tabes et écoulement mammaire. *Archiv für Gynäkologie*, 1905, t. 75.

HALD. — Les hémorragies du sein ; quelques réflexions à propos des statistiques du cancer. *Drammer's hospital*, Christiania, 1922.

— Sur quelques cas de seins saignants. *Medizinische Klinik*, 1922, p. 47.

HAMANT et CORBET. — Les écoulements de sang par le mamelon. *Revue médicale de l'Est*, 15 déc. 1932.

DERYL HART (Baltimore). — Tumeurs papillomateuses intrakystiques de la mamelle, bénignes et malignes. *Archives of Surgery*, avril 1927, p. 793-836.

HARTMANN et RENAUD D'ALLAINE. — La tuberculose mammaire à forme néoplasique. *Gynécologie et obstétrique*, 1924, t. 10, p. 81.

HAYWARD, WENDEL, STREDA et WREDE. — A propos de la mamelle sanglante en particulier chez l'homme. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1928, p. 1053-1055.

HENDRICK (Magdebourg). — La vraie « mamelle sanglante ». *Der Chirurg.*, 1^{er} janv. 1931, p. 9-12.

HERMANN. — Deux cas d'hémorragie par le sein chez la femme. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1910, p. 21-23.

KAISER. — La mamelle hémorragique doit-elle être opérée conservativement ou radicalement. *Zentralblatt für Chirurgie*, 2 avril 1927, p. 905.

KLAGES. — La mamelle sanglante dans ses rapports avec le cancer de la glande mammaire. *Archiv für Klinische Chirurgie*, 2 janv. 1932, t. 168.

KLOSE. — A propos de la mamelle saignante. *Zentralblatt für chirurgie*, 1922, p. 1526.

— La mamelle saignante doit-elle être ou non opérée ? *Zentralblatt für Chirurgie*, 1926, p. 2.708-2.711.

— La mamelle saignante doit-elle être opérée par les méthodes conservatrices ou par l'opération radicale ? *Zentralblatt für Chirurgie*, 15 janvier 1927, p. 136.

KNOFLACH et URBAN. — Pathologie et traitement de la mamelle saignante. *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1928, p. 355-382.

KOPP. — La mamelle hémorragique. *Nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde* (Amsterdam), 26 fév. 1927.

- Les écoulements sanguins du mamelon. *Acta chirurgica scandinavica* (Stockolm), 28 juillet 1927, p. 115-133.
- KRZYPÓW. — Valeur sémiologique des écoulements anormaux par le mamelon. *Thèse Paris*, 1922.
- KUTHE. — Mamelle saignante et sécrétante. *Zentralblatt für Chirurgie*, 8 fév. 1930, p. 341-343.
- LABBÉ et COYNE. — Traité des tumeurs bénignes du sein, 1876.
- L. LAROYENNE, H. BOUGET et J. ROUSSET. — Hémorragies mamelonnaires par adénomes diffus intra-canaliculaires. *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie*, janv. 1933, p. 61-66.
- LECÈNE et GALTIER. — Tumeurs [végétantes intra-canaliculaires. Leur traitement chirurgical. *Journal de Chirurgie*, 1928, p. 481.
- LEO. — Sur l'épithélioma intra-canaliculaire de la mamelle. *Ann. ital. di chirurgia*, 1924, p. 111.
- LETULLE. — Adéno fibrome kystique du sein. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1921, p. 401.
- MARTIN. — Mamelle saignante chez l'homme. *Zentralblatt für Chirurgie*, 18 janv. 1930, p. 130-131.
- RINALDO MICOTTI. — A propos de la mamelle sanglante. *La clinica chirurgica*, avril 1932, p. 443.
- EDWIN MILLER et DEAN LEWIS. — Signification de l'écoulement séro-hémorragique du mamelon. *Journal of American Medical Association*, 1923, p. 1651.
- MINTZ. — Hémorragies de la glande mammaire. *Russki Vrach*, Saint-Petersbourg, 1912, p. 146-150.
- A propos de la pathologie et de la valeur pronostique des écoulements séreux du mamelon et des mamelles sanglantes. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1912, p. 313-315.
- Est-on autorisé à préconiser l'ablation du sein dans le cas de mamelle saignante ? *Zentralblatt für Chirurgie*, 17 mai 1930, p. 1220-1222.
- Avons-nous le moyen de faire le pronostic d'une mamelle sanglante ? *Medizinische Klinik*, 5 fév. 1932.
- MORALLER. — A propos de la mamelle sanglante. Considérations particulières sur l'adénome kystique du sein. *Monatschrift für geburtsh und Gynäkologie*, Berlin 1918, p. 107-144.

- MOULONGUET. — Les diagnostics anatomo-cliniques de Paul LECÈNE recueillis par ses élèves, Masson, 1930.
- NATHAN. — Diagnostic précoce d'un néoplasme du sein par l'examen histologique de son suintement hémorragique. *La clinique*, 16 janv. 1914, p. 38-39.
- NELATON. — Pathologie chirurgicale, Paris 1857, t. IV, p. 90.
- NISCHİYAMA ITSUHEI. — A propos de la mamelle sanglante. *Okoyama Igakkai Zasshi*, 1928, p. 1438-1448.
- ORBACH. — Mamelle sanglante. *Zentralblatt für Chirurgie*, août 1930, p. 2060-2063.
- ORNSTEIN LASZLO. — La mamelle sanglante. *Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete*, 1^{er} août 1929, p. 445-446.
- PETIT DE LA VILLEON. — Écoulement noir par le mamelon. *Sté de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 27 oct. 1911.
- PLAUT. — Présentation d'une malade avec un écoulement sanglant par le mamelon. *Monatschrift für geburth une Gynäkologie*, Leipzig, 1910.
- PREUSZ et JACOBY. — Tabes et écoulement mammaire. *Medizinische klinik*, 1924, n^o 43.
- PRIBRAM. — A propos de la mamelle saignante. — *Ergebnisse für Chirurgie und Orthopädie*, Berlin 1924, p. 344-388.
- Sur l'étiologie et le traitement de la mamelle saignante. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1927, p. 139-142.
- PROUST. — Ablation partielle du sein et du mamelon pour hémorragies répétées, semblant liées à une tumeur papillaire bénigne. *Bulletins et Mémoires de la société de Chirurgie*, 1929, p. 377.
- RECLUS. — La maladie kystique du sein. *Revue de Chirurgie*, 1883.
- REYNIER. — Les anomalies de sécrétion de la mamelle. *Thèse Paris*, 1912.
- RICHARD. — Tumeurs du sein. Valeur diagnostique de l'écoulement de sang par le mamelon. *Journal des connaissances médicales*, 1853.
- RISAK. — A propos de la mamelle sanglante. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1926, p. 544.
- La mamelle saignante doit elle être traitée par les méthodes

- conservatrices ou par l'opération radicale. *Zentralblatt für Chirurgie*, 15 janvier, 1927 p. 134-136.
- ROBLES et BANNO. — La mamelle sanglante. *Minerva Medica*, Turin, janv. 1932, p. 6-14.
- RUDZKY. — A propos de la mamelle saignante. *Polski przegląd Chirurgiczny*, Varsovie, janvier 1929.
- SALMON. — La mamelle saignante, écoulement sanglant par le mamelon ; quelques éléments de diagnostic. *Revue Médicale de France et des Colonies*, 1931, n° 3-4.
- SCHMIDT. — Tabes et écoulement mammaire. *Inauguraldissertation*, Freiburg, 1908.
- SIDING. — Tabes et écoulement mammaire. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1909, n° 8-9.
- SKUTOCH. — Écoulement sanglant par le mamelon. *Ges. für Geburtsch und Gynäkologie*, Leipzig, 1909.
- TADDEI. — Contribution à l'étude du sein saignant. *La clinica chirurgica*, juillet 1932, p. 763.
- TANCELIN. — Les écoulements de sang par le mamelon, avec et sans modification anatomo-pathologique de la glande mammaire. *Thèse Paris*, 1924.
- TAPIE. — De la valeur diagnostique des écoulements de sang par le mamelon. *Thèse Bordeaux*, 1923.
- TORKOMIAN (Constantinople). — Un cas de sécrétion mélanique des deux seins. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, mai 1914, p. 661-663.
- WALLEBORNA. — Sur le fibrome pur intra-canaliculaire du sein. *Minerva Medica*, juillet 1928.
- VANVERTS. — L'écoulement de sang par le mamelon peut s'observer dans les tumeurs bénignes de la mamelle. *Echo Médical du Nord*, Lille 1910, p. 319.
- WOLPERS. — Le sein saignant. *Archiv für Klinische Chirurgie*, mars 1933, p. 445.
- WASILKOWSKY. — La mamelle sanglante. *Sibir. Arch. teor. u klin. Med.*, 1928.
- ELISABETH WEISSHAUPT. — A propos de la mamelle sanglante. *Archiv für Gynäkologie*, 1917, p 466-483

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 8-6-1933.
